

## Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der SHG Crohn-Colitis Ulcerosa Düren e.V. als Mitglied bei:

(\* Pflichtfelder)

Name (\*): \_\_\_\_\_

Vorname (\*): \_\_\_\_\_

Straße, Nr. (\*): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (\*): \_\_\_\_\_

Geb. (\*): \_\_\_\_\_

E-Mail (\*): \_\_\_\_\_

Telefon (\*): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich bin seit \_\_\_\_\_ an Morbus Crohn  Colitis ulcerosa  erkrankt (\*).

Ich beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft

Ich beantrage eine fördernde Mitgliedschaft

Wenn Sie nicht selbst direkt betroffen sind, sondern in Vertretung Ihres minderjährigen Kindes Mitglied werden wollen, geben Sie bitte im Folgenden auch den Namen und das Geburtsdatum des Kindes an:

Name d. Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft beginnt mit der Beitragszahlung.

Die Höhe des aktuellen jährlichen Beitrages finden Sie auf dieser Webseite unter Mitgliedschaft.

Wir möchten den Standard unserer Gruppen- und Fortbildungsarbeit zugunsten der Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Betroffenen halten und würden uns über einen freiwillig höheren Beitrag Ihrerseits freuen.

Unsere SHG ist gemeinnützig anerkannt – somit kann Ihre Spende helfen und Ihre Steuer mindern.

Kontoverbindung: Sparkasse Düren, IBAN: DE37 3955 0110 0000 6585 59

Ich bin darüber informiert, dass eine Beendigung der Mitgliedschaft schriftlich drei Monate vor Jahresende zu erfolgen hat.

Ich stimme mit der Beantragung dieser Mitgliedschaft einer elektronischen Datenverarbeitung nach den Richtlinien der DSGVO zu.

Diese Zustimmung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_